

Saúde na diversidade: Desenvolvimento de serviços de saúde mental sensíveis à cultura

CARLA MOLEIRO (*)

MARTA GONÇALVES (*)

INTRODUÇÃO

A crescente mobilidade de pessoas dentro da União Europeia tem acompanhado a tendência migratória mundial, onde presentemente 3% da população é migrante. Com efeito, desde 1975 o número de imigrantes em todo o mundo duplicou, sendo que mais de 30% vivem na Europa (de acordo com dados das Nações Unidas). Apesar desta tendência, o Fórum Europeu de Saúde (European Commission, 2004) revelou que as pessoas de grupos étnicos minoritários experienciam maiores dificuldades no acesso à saúde e na adequação dos serviços prestados no sistema de saúde, e que tendem a subutilizá-los. Estes dados contrastam com a maior experiência de factores de risco para a saúde física e psicológica, decorrentes do processo migratório, muitas vezes associado a perdas, mudanças e stress, barreiras culturais e linguísticas, bem como experiências de discriminação e preconceito (Zane, Hall, Sue, Young, & Nunez, 2004).

Os clientes de grupos minoritários estão sub-representados na utilização dos serviços de saúde mental (Moodley, 1999; Sue, 1977). A literatura

tem indicado claramente que estes clientes não têm igual acesso a oportunidades e recursos (Lago & Thompson, 2002), e a saúde mental não é excepção. Ainda, as pessoas de minorias étnicas subutilizam os serviços de psicoterapia (e.g., Moodley, 1999; Palmer, 2002) e têm taxas mais elevadas de abandono precoce nos processos terapêuticos (e.g., Casas, Vasquez, & Ruiz de Esparza, 2002). Os factores responsáveis por estes dados incluem as dificuldades de comunicação entre terapeutas e clientes devidas à cultura (e não só linguísticas), num encontro que é intercultural (APA, 2003). Alguns estudos têm reportado a insatisfação de clientes de minorias étnicas em psicoterapia devido a dificuldades relativas a uma gestão adequada e sensível das diferenças entre terapeuta e cliente (e.g., Sue & Sue, 1999). Tais diferenças incluem aspectos como visões distintas do mundo e do que diz respeito à espiritualidade (Koltko, 1990), bem como representações de saúde e doença, física e psicológica (Gervais & Jovchelovitch, 1998; Gurung, 2006).

Entendemos que o nosso objectivo de promover a discussão sobre o desenvolvimento de serviços de saúde mental sensíveis à cultura requer, inicialmente, que especifiquemos brevemente o que entendemos por cultura, etnia e identidade étnica, grupos minoritários e

(*) ISCTE– Instituto Universitário de Lisboa, Av. das Forças Armadas, 1649-026 Lisboa, Portugal; E-mail: carla.moleiro@iscte.pt / marta.goncalves@iscte.pt.

imigrantes. Sabemos que existe alguma contravérsia e alguma sobreposição entre estes conceitos, necessariamente traduzindo perspectivas diferentes mas não exclusivas. Deste modo, consideramos que a cultura envolve uma visão do mundo, sistema de crenças, valores e práticas, transmitidos e aprendidos num determinado contexto, e que são característicos de um indivíduo, grupo/comunidade ou organização. É, portanto, dinâmica, reconhecendo igualmente que todos nós somos indivíduos com cultura, que envolve a nossa nacionalidade, etnia, género, idade, meio socioeconómico e educacional, orientação sexual, religião, língua, (in)capacidade, entre outros atributos. Entendemos por etnia e identidade étnica a pertença a um grupo caracterizado por práticas e valores específicos, que se prendem com a sua origem. Não se limita, assim, à cor da pele, nem exige que uma pessoa se identifique apenas com uma identidade étnica (que poderá ser múltipla). Referimo-nos a grupos étnicos minoritários quando designamos pessoas que se identificam com um grupo étnico, que não é o grupo maioritário no contexto onde vive. Assim, a noção de grupo minoritário não constitui uma subvalorização, nem um conceito absoluto – antes, refere-se ao facto de um determinado grupo étnico constituir uma minoria no país ou contexto em análise. Deste modo, os imigrantes constituem um subgrupo dos grupos étnicos minoritários de um país, podendo ser de 1ª ou 2ª geração. Contudo, a título de exemplo, pessoas de etnia Cigana em Portugal não são imigrantes, mas constituem um grupo étnico minoritário.

Cada vez mais tem sido reconhecida a necessidade das intervenções serem culturalmente sensíveis e responsivas às necessidades específicas dos clientes, apesar do aceso debate sobre a sua relevância e a sua natureza. Acreditamos que a diversidade crescente da população, clínica e não-clínica, quer a nível mundial quer a nível nacional, reforça a relevância desta questão, já patente em boas práticas e códigos deontológicos de profissionais de saúde de todo o mundo (APA, 2003). A forma como se adequam intervenções e como se formam profissionais para serem culturalmente sensíveis nas suas intervenções, essas sim, continuam a ser tarefas desafiantes – principalmente quando falamos de saúde mental e bem-estar psicoló-

gico, conceitos pouco usuais em algumas culturas ou revestidos de forte estigma (e.g., culturas Asiáticas em Sue & Sue, 1999; comunidades Africanas em Moleiro, Silva, Rodrigues, & Borges, 2009). Vários autores têm discutido a formação de competências multiculturais em psicoterapia e aconselhamento, e a forma como essa formação é traduzida em conceptualizações de casos clínicos e/ou planeamento de intervenções individuais ou grupais (e.g., Neufeldt et al., 2006). Apesar de alguns avanços, muito se encontra por desenvolver em termos de investimento em serviços e profissionais mais sensíveis à cultura.

As representações sobre saúde e doença são construídas culturalmente e têm-se revelado responsáveis por um conjunto de comportamentos de risco e de saúde, incluindo o próprio processo de pedido de ajuda e adesão à medicação. Em particular, as expectativas dos clientes e a credibilidade percebida do/a psicoterapeuta demonstraram constituir moderadores importantes da motivação para iniciar ou manter uma intervenção psicoterapêutica, nomeadamente entre clientes de grupos minoritários (ver Wong, Beutler, & Zane, 2007). Com efeito, da investigação em psicoterapia sabemos que os resultados são mais positivos quando existe um acordo entre psicoterapeuta e cliente relativamente às expectativas do papel de cada um no processo psicoterapêutico (Arnkoff, Glass, & Shapiro, 2002) e que os clientes tendem a abandonar precocemente a terapia quando têm expectativas desadequadas sobre o papel do/a psicoterapeuta (Garfield, 1986). Num artigo recente, Wong et al. (2007) verificaram que clientes Americanos de descendência Asiática classificavam a terapia como menos útil do que os Americanos de descendência Europeia, e que esse efeito era parcialmente explicado pela capacidade do cliente compreender (ou não) o/a psicoterapeuta. Ainda, os mesmos autores verificaram que os clientes de descendência Asiática tinham maior expectativa de directividade do/a psicoterapeuta, avaliando a terapia como mais ou menos credível consoante o/a terapeuta era mais ou menos directivo. Estes resultados salientam a importância da percepção da credibilidade do tratamento e do/a psicoterapeuta no trabalho com comunidades étnicas

minoritárias: será que esta intervenção e este/a terapeuta são percebidos como credíveis dentro da visão de saúde e doença daquele cliente particular, no seu contexto cultural?

Nas últimas duas décadas tem-se debatido a eficácia dos serviços psicoterapêuticos com grupos étnicos minoritários (Bernal & Sharrón-del-Rio, 2001; Sue, 1988). Na nossa opinião, esta discussão resulta de um conjunto de factores:

- 1) A compreensão de que as raízes históricas da psicoterapia (dirigidas à classe média-alta, Europeia) não são neutras do ponto de vista cultural;
- 2) O reconhecimento de alguns processos (reações, comportamentos ou atitudes) dos clientes poderem estar relacionados com aspectos contextuais e culturais (e.g., discriminação), não podendo ser compreendidos apenas enquanto processos intrapsíquicos;
- 3) A existência de uma vasta literatura sobre “prática baseada na evidência”, que enfatiza a utilização de ensaios clínicos para a demonstração de eficácia das intervenções (privilegiando a validade interna) e que tem negligenciado a sua aplicabilidade a ajustamento a clientes de grupos minoritários (à custa da validade externa) (Hall, 2001);
- 4) E a constatação de que os próprios profissionais de saúde não são imunes a enviesamentos e pré-conceitos, que influenciam o diagnóstico, a avaliação e a intervenção (Beutler et al., 2004).

O papel do/a psicoterapeuta, e em particular da sua formação em competências multiculturais, tornou-se essencial na literatura sobre intervenção com clientes de grupos minoritários. A competência multicultural prende-se com um processo ou uma abordagem (Sue, 1998), mais do que uma técnica ou conjunto de técnicas. Refere-se a uma forma de construção do encontro psicoterapêutico que envolve cliente, psicoterapeuta e contexto (Sue, 2003). Na psicoterapia e aconselhamento, a competência multicultural (Sue, Arredondo, & McDavis, 1992) tem sido definida em três dimensões: (1) consciência, (2) conhecimento, e (3) competências práticas necessárias para trabalhar de forma eficiente e ética com clientes cultural-

mente diversos (Arredondo et al., 1996). Em particular, a (1) consciência multicultural refere-se ao auto-conhecimento do/a psicoterapeuta sobre as suas próprias atitudes, valores e pressupostos, e à consciência de como essas variáveis podem influenciar a interacção com o outro, culturalmente diferente de si. (2) O conhecimento multicultural prende-se com a informação e compreensão de outras culturas, incluindo a sua história, tradições, valores e práticas; sobre os processos de migração e aculturação, a discriminação, e modelos de desenvolvimento de identidade cultural. Finalmente, (3) entendem-se por competências práticas multiculturais aquelas que reflectem a capacidade de pôr em prática a consciência e conhecimento multicultural, nas interacções com indivíduos culturalmente diversos (e.g., técnicas de avaliação culturalmente sensíveis; comportamento não-verbal adequado; etc...).

Desde já sublinhamos que, ao contrário da maior parte da literatura, consideramos mais significativo o termo competência intercultural (em substituição do constructo competência multicultural) e que, por isso, o utilizaremos com mais frequência ao longo do presente artigo. O prefixo “inter” reforça a existência de um processo de interacção, transacção, comunicação, influência mútua entre dois ou mais indivíduos, duas ou mais culturas. Competência intercultural pressupõe, portanto, que num contexto multicultural – de co-existência de mais do que uma cultura – o indivíduo tenha consciência, conhecimento e competências técnicas que lhe permitam compreender o outro e fazer-se compreender em termos comunicacionais e relacionais, numa situação interactiva de influência mútua.

Sabendo que as diferenças culturais influenciam a forma como pensamos, sentimos e agimos, numa sociedade cada vez mais diversa, as competências interculturais dos profissionais de saúde e de intervenção comunitária têm sido alvo de atenção nos E.U.A., Canadá e Reino Unido (Palmer, 2002; Pedersen, 1991; Ponterotto, Casas, Suzuki, & Alexander, 1995). Mais recentemente, a “EuroMed Network on Migration and Mental Health” foi desenvolvida na Europa, criando-se um pequeno conjunto de programas de formação transcultural, por exemplo, em França (Françoise Minkowska

Center, Paris), na Holanda (Department of Transcultural Psychiatry, Riagg Rijnmond, Rotterdam) e em Espanha (Transcultural Psychiatry Program, Vall d'Hebron University Hospital, Barcelona).

Este esforço ainda não foi igualado em Portugal. Apesar de ser indiscutível que os profissionais que trabalham com populações culturalmente diversas têm de ser competentes para o fazer, a formação específica nesta área é escassa em Portugal, embora seja cada vez mais provável que um técnico de saúde ou de intervenção comunitária encontre clientes de uma variedade de contextos culturais e origens étnicas. Na realidade, pouca atenção tem sido dispensada na formação e desenvolvimento de competências interculturais sistemáticas entre profissionais de saúde Portugueses, e na compreensão cultural e psicológica de visões do mundo de clientes diversos. Em particular, o estudo das próprias visões ou representações de saúde e doença, e das experiências (positivas e negativas) dos serviços ou das intervenções pelos próprios clientes de grupos étnicos minoritários reveste-se de uma importância fundamental. É vasta a literatura sobre as necessidades específicas de outros grupos étnicos e em outros contextos (e.g., Afro-Americanos; imigrantes Marroquinos em Espanha; etc...). Contudo, pouco sabemos sobre os grupos étnicos minoritários em Portugal e as suas necessidades de bem-estar físico e psicológico. Uma forma de atingir esse objectivo será dando voz aos seus discursos na própria investigação.

INVESTIGAÇÃO PARTICIPATIVA, CENTRADA NO CLIENTE

Até há uns anos, quando se tentava perceber o comportamento de procura de ajuda profissional na área da saúde por parte da população, tendia-se a concentrar a atenção nas instituições e nos profissionais. Questões como os horários de funcionamento, o *networking* entre os serviços e a distância das instituições eram estudadas a fundo no sentido de explicar a respectiva influência no comportamento de procura de ajuda do utente/cliente.

Hoje, numa perspectiva da Ciência e Psicologia Comunitária, cada vez mais se realizam estudos tendo em conta a perspectiva do cliente, do paciente, do indivíduo, da comunidade – actor ou actores da procura dessa ajuda. Estes estudos são baseados numa investigação/metodologia participativa, colaborativa, de investigação-acção, que valoriza o conhecimento leigo, popular, para além do académico. Este tipo de investigação procura proporcionar espaços e momentos privilegiados de reflexão e auto-análise, através dos quais os respectivos intervenientes possam identificar e questionar problemas inerentes ao contexto em que estão inseridos, em que participam (Ornelas, 2008).

No sentido de contribuir para um conhecimento mais profundo dos problemas das comunidades – em termos históricos especialmente daquelas mais desfavorecidas – e de capacitá-las para a sua resolução, no sentido de empowerment (Ornelas, 2008), variáveis como os conceitos de saúde e doença da população, o respectivo conhecimento sobre o sistema de saúde, bem como as suas experiências com o mesmo, são colocadas em primeiro plano na investigação sobre o comportamento de procura de ajuda profissional na área da saúde.

A perspectiva do indivíduo – paciente ou cliente – numa linha de base participativa como a fonte de informação mais significativa para a melhoria do acesso e qualidade do sistema de saúde, tem sido cada vez mais enfatizada. Quer no sentido de converter a comunidade no principal agente de mudança/transformação da sua realidade, quer de ajustar o desenho de campanhas de prevenção, quer na própria prática clínica, a perspectiva do paciente/cliente – as suas representações sociais, o seu conhecimento, a sua experiência – é valorizada.

Já há mais de dez anos atrás, notava, por exemplo, o autor alemão Flick (1998) que os conceitos de saúde e doença estavam a ganhar cada vez mais importância na investigação e na ciência na área da saúde, como também na prática clínica. Defendia ele que principalmente disciplinas como a Psicologia da Saúde e a Psicologia Social estavam interessadas em diferenças presentes nos conceitos, diferenças estas de carácter social e cultural, entre outras. Foi com autores como Flick que lentamente se

começou a perceber que o conhecimento profissional sobre saúde e doença corresponde apenas a uma parte do conhecimento da sociedade. A outra parte é o conhecimento dos leigos, confrontados com o reconhecimento e a regulação ou gestão da doença.

A investigação participativa na área da saúde proporciona, assim, um melhor ajustamento de ofertas preventivas e terapêuticas a grupos alvo, como é o caso de populações imigrantes (Rogler & Cortés, 1993).

Mesmo temas complexos e delicados como a “saúde mental”, algo com que o indivíduo normalmente só se ocupa quando se encontra perante a ausência da mesma – quer esta seja directa ou indirecta, são objecto de questionamento junto da população. Entende-se o próprio processo de investigação como uma realidade participada e partilhada.

A saúde mental pública tem-se tornado num passado recente um foco de pesquisa internacional devido ao seu crescente risco (por exemplo, Twenge, 2000). Shatkin e Belfer (2004) concluíram, contudo, que a nível da política internacional existem muito poucas linhas orientadoras que têm em conta a saúde mental da população, nomeadamente a saúde mental de crianças e jovens.

Tanto nos *media*, como entre especialistas e líderes políticos, tem sido discutida uma ampliação e melhoria da concepção do sistema de saúde mental. Na Europa, foi inclusivamente assinada, em Janeiro de 2005 aquando da Conferência de Helsínquia, uma declaração e um plano de acção para a saúde mental por 52 países Europeus. Cada país fazia assim um compromisso político que passava a ter em conta a saúde mental (com especial incidência sobre a saúde mental de crianças e jovens) como uma prioridade no respectivo país.

UM EXEMPLO DE BOAS PRÁTICAS NO DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL SENSÍVEIS A IMIGRANTES – ESTUDO NA SUÍÇA

A situação internacional confirma que cerca de um quinto (20%) das crianças e adolescentes nos países industrializados sofre de stress

psicológico (Steinhausen & Winkler-Metzke, 2002). Em aproximadamente um quarto destas crianças e jovens e respectivas famílias existem perturbações que comprometem o desenvolvimento individual de tal forma, tornando-se necessário um tratamento psiquiátrico/psicoterapêutico específico (Stephenson, 2000). Além disso, os estudos mostram que, tanto na Europa como nos E.U.A., a maioria dessas crianças não é diagnosticada ou tratada adequada ou atempadamente (Burns et al., 1995; John, Offord, Boyle, & Racine, 1995; Wittchen, 2000). A partir de estudos epidemiológicos, sabe-se que mesmo em países com uma boa oferta a nível do sistema de saúde, como é o caso da Suíça, apenas algumas das crianças e jovens vulneráveis utilizam atempadamente o sistema nacional de cuidados de saúde. Isto pode ter um impacto negativo sobre o respectivo desenvolvimento e, assim, na consequente idade adulta (Jones et al., 1993).

Embora, na área clínica, o próprio DSM-IV-TR (APA, 2000/2002) recomende a avaliação dos problemas relativos ao acesso aos cuidados de saúde, a investigação sistemática dos factores que influenciam o acesso à prevenção e ao tratamento da saúde mental de crianças e jovens é rara (Flick, 1998). Mesmo na Suíça, tem havido pouca pesquisa sobre este tema.

Também a nível internacional, pouco tem sido investigado sobre como crianças, jovens e respectivos pais percebem a sua saúde mental, ou em que medida e a partir de que limiar classificam dificuldades pessoais e/ou familiares como problemas psicológicos.

Crianças e jovens oriundos de famílias imigrantes – simultaneamente agentes e expressão de mudanças sociais, intergeracionais e culturais – são normalmente mais vulneráveis em termos de problemas de saúde mental. Tal vulnerabilidade deve-se em grande parte aos desafios associados ao *coping* simultâneo com duas culturas distintas – a de origem e a do país anfitrião – nem sempre com objectivos coincidentes. Se, por um lado, estas crianças e jovens estão mergulhados através do sistema educativo na cultura do país anfitrião, por outro convivem diariamente no seio familiar com a cultura de origem.

OBJECTIVOS

Dada a falta de investigação acima referida, o objectivo geral do projecto Suíço AMHC¹ (Acesso aos Cuidados de Saúde Mental na Infância) era investigar os factores associados à (não) utilização de serviços preventivos e de tratamento na área da saúde mental infantil e juvenil. O estudo pretendeu assim examinar a nível individual, familiar e social possíveis influências transgeracionais na repercussão de conceitos de saúde mental, bem como limiares para a aceitação efectiva de ajuda profissional especializada. Conhecimentos práticos e concretos eram assim esperados por parte do estudo AMHC:

- Como é conceptualizada a saúde mental por parte de crianças, jovens e respectivos pais?
- Que tipo de stress psicológico é detectado por parte de crianças, jovens e respectivos pais e quando é que são tomadas medidas consequentes?
- Que explicação encontram crianças, jovens e respectivos pais para problemas psicológicos?
- Em que medida recursos individuais e familiares influenciam a forma de lidar com a doença mental?

¹ Estudo onde a autora Marta Gonçalves realizou o seu Doutoramento na Suíça, sedado na Universidade de Zurique, mas abrangendo todas as regiões linguísticas da Suíça, incluindo a população imigrante. Estudo parte integrante do Programa de Investigação Nacional Suíço 52. *Equipa do estudo Suíço AMHC*: Prof. Dr. Christoph Käppler, Dr. M.P.H. Beat Mohler †, Post Doc Dr. Meichun Mohler-Kuo, Dr. Marta Gonçalves, Dr. Daria Gianella, Stefanie Höfler, Aristide Peng, Sabine Zehnder, Barbara Anastasi, Susanne Inglin, Daniela Nussbaumer, Marcela Borges, Margarida Pacheco; *Partners*: Prof. Dr. Pierre-André Michaud (Universidade de Lausanne), Dr. Patrick Haemmerle (Serviço de Psiquiatria Infantil e Juvenil de Fribourg); *Expert pannel*: Prof. Dr. Myron Belfer (Harvard Medical School), Prof. Dr. Mitchell Weiss (Instituto Trópico Suíço), Prof. Dr. Luis Augusto Rohde (Universidade do Rio Grande do Sul), Prof. Dr. Meinrad Perrez (Universidade de Fribourg), Prof. Dr. Peter Schulz (Universidade de Lugano).

- Que barreiras e facilitadores perspectivam crianças, jovens e respectivos pais no acesso à saúde mental?

O principal objectivo deste estudo em concreto foi avaliar, a partir da perspectiva das famílias imigrantes, o modo como o acesso aos cuidados de saúde mental infantil e juvenil se torna mais problemático para famílias imigrantes em comparação com as não imigrantes. Um objectivo complementar era perceber até que ponto pessoas-chave da comunidade como médicos de família, pediatras, professores, entre outros, poderão servir de facilitadores, auxiliando as famílias imigrantes a aceder ao serviço de saúde mental. Devido ao elevado número de imigrantes Portugueses na Suíça, uma outra questão envolvia em que medida imigrantes Portugueses e Brasileiros na Suíça experienciam o acesso à saúde mental de forma diferente?

MÉTODO

A amostra do estudo contemplou crianças e jovens com idade compreendida entre os 12 e os 16 anos de idade, imigrantes e não imigrantes, os respectivos pais e profissionais de saúde e educação com experiência profissional quotidiana com a comunidade imigrante. As crianças e os jovens estavam divididos em quatro grupos: população geral sem experiência com o sistema de saúde mental infantil e juvenil, população geral com experiência com o sistema de saúde mental infantil e juvenil; população de risco (especificamente recrutada através de lares de acolhimento), população clínica (especificamente recrutada através de centros de psiquiatria infantil e juvenil).

O estudo incluiu uma metodologia qualitativa e uma metodologia quantitativa. Na fase qualitativa, foram realizadas 170 entrevistas individuais semi-estruturadas sobre conceitos de saúde e estratégias de acção com as crianças e jovens (32 imigrantes Portugueses e Brasileiros, 51 Suíços) e respectivos pais, separadamente (39 imigrantes Portugueses e Brasileiros e 48 Suíços). Para complementar o material das entrevistas com as famílias foram também conduzidos

grupos focais sobre os mesmos temas com profissionais de educação e saúde, incluindo um grupo específico de profissionais com experiência quotidiana com famílias imigrantes.

A experiência e tendências concluídas através da análise de conteúdo exaustiva da primeira fase qualitativa recaíram, numa segunda fase, na elaboração de um questionário sobre os mesmos temas, o qual foi administrado a uma população mais vasta (887 crianças e jovens; 292 pais – mãe e pai, 18 pais homens e 125 mães).

RESULTADOS

Os resultados do estudo mostraram que os conceitos e estratégias de acção dos pais diferem, de forma geral, consideravelmente mais em relação aos conceitos dos filhos do que entre si (pai e mãe). A diferença mais significativa prendeu-se com o facto de ambos os pais considerarem que, em caso de stress psicológico, os filhos se dirigem em primeiro lugar à mãe, sendo que os jovens referem os amigos como a primeira fonte de suporte social. Uma outra diferença importante entre as perspectivas dos adultos e das crianças e jovens foi o facto de os pais mencionarem que, quando os filhos se sentem psicologicamente em baixo, eles próprios aconselham a falar do assunto com alguém, sendo que os filhos preferem recorrer a estratégias de distração, como ler um livro ou ouvir música.

A maioria das diferenças entre imigrantes e não imigrantes foram encontradas nas fontes de informação sobre saúde e doença mental, e nos iniciadores do comportamento de procura de ajuda. No caso dos não imigrantes, a família foi referenciada mais frequentemente como fonte de informação e iniciador do comportamento de procura de ajuda, ao passo que, nos imigrantes, profissionais de saúde e educação, por exemplo, obtêm mais realce relativamente a estes dois comportamentos de acesso à saúde.

Quando se subdividiu o grupo de imigrantes em diferentes grupos, verificaram-se diferenças específicas. Por exemplo, para os imigrantes Portugueses destacou-se a questão da “normalidade”: saúde mental “é ser normal, é ser igual aos outros, é passar despercebido”.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo indicam o envolvimento da perspectiva do paciente – no sentido da ideia de participação – até mesmo de crianças e jovens, como uma valiosa fonte de informação para o desenho de medidas com vista a melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde. De uma forma geral, os resultados do estudo apontam a contínua necessidade de intervenção na sociedade, independentemente da cultura, no sentido da prevenção do estigma associado à doença mental. Para além disso, o estudo realça ideias chave para a elaboração de medidas intervenivas no sentido de uma colaboração triádica entre os sistemas Saúde, Escola e Família. Urge capacitar os agentes destes três sistemas de informação e conhecimento sobre saúde/doença mental no sentido de uma melhor e maior intra- e intercomunicação e relação.

DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL CULTURALMENTE SENSÍVEIS EM PORTUGAL – UM PROJECTO

O projecto “Saúde Mental, Multiculturalismo e Diversidade” é um projecto de investigação² que foi desenvolvido em 2006, tendo tido início em 2008. O interesse e relevância do estudo das competências interculturais dos profissionais de saúde em Portugal e do desenvolvimento de serviços comunitários sensíveis à cultura ficaram claros a partir de um estudo anterior (Moleiro et al., 2009). Nesse trabalho exploratório, 21 pessoas de grupos étnicos minoritários em Portugal foram entrevistadas individualmente sobre (1) as características da sua comunidade; (2) as suas representações de saúde e doença; (3) as suas experiências no acesso a serviços de saúde psicológica; e (4) barreiras e facilitadores do acesso a técnicos e serviços de saúde psicológica. Nesse estudo piloto, verificamos que as experiências de discriminação e preconceito relatadas pelos participantes

² Projecto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/PSI/71893/2006).

incluíam as suas interações com o sistema de cuidados de saúde. Encontramos, ainda, diferenças nas representações de saúde entre grupos étnicos minoritários na nossa população (e.g., entre Cabo-verdianos e Brasileiros), incluindo visões muito distintas do apoio psicológico. Nomeadamente, os imigrantes Brasileiros relataram que o estigma associado à procura de ajuda psicológica é maior em Portugal que no Brasil, enquanto que os participantes Africanos referiram que a rede de suporte familiar é privilegiada quando existem problemas, sendo o estigma associado aos serviços formais de apoio bastante grande. Finalmente, identificamos que as expectativas dos participantes em relação à preparação dos profissionais de saúde psicológica (em oposição aos médicos) eram bastante elevadas. Por outras palavras, quando recorrem ou pensam recorrer a apoio psicológico, as minorias étnicas em Portugal esperam que os psicoterapeutas tenham sensibilidade à cultura, não só através de práticas não discriminatórias, mas também com conhecimento e capacidade para trabalhar com pessoas de valores e culturas diferentes da sua. Este último resultado pode constituir um factor de risco para abandono precoce dos serviços, na medida em que as expectativas podem não ser correspondidas (Garfield, 1986).

OBJECTIVOS E METODOLOGIA

O projecto “Saúde Mental, Diversidade Multiculturalismo” pretende explorar as práticas e experiências dos profissionais de saúde mental (em particular, dos psicólogos) ao nível do seu trabalho com clientes de grupos minoritários, identificando o que são as competências interculturais necessárias para trabalhar com populações minoritárias em Portugal e avaliando a competência percebida dos referidos profissionais para trabalhar com clientes culturalmente diferentes de si. Para isso, pretende-se trabalhar em duas vertentes. Numa primeira vertente (1) propusemo-nos construir um instrumento de avaliação de competências interculturais, baseado no modelo tri-dimensional de Competências Multiculturais de Sue, Arredondo, e McDavis (1992). O desenvolvimento deste instrumento

poderá vir a ser futuramente utilizado na avaliação de competências interculturais antes e após programas de formação dirigidos à promoção das referidas competências, bem como para adaptação a outros grupos profissionais de saúde, educação, intervenção social e comunitária. Paralelamente, e numa segunda vertente, (2) o projecto pretende ainda contribuir para a melhor compreensão das experiências e representações das minorias sobre saúde mental, preocupações e obstáculos experienciados no acesso a serviços, e as suas necessidades específicas. Nesse sentido, encontram-se a decorrer um conjunto de estudos qualitativos com base em entrevistas individuais e grupos focais com pessoas de grupos étnicos minoritários em Portugal. Considera-se que esta linha de investigação qualitativa e centrada no cliente é essencial para a integração das necessidades psicológicas específicas dos grupos minoritários e as competências interculturais dos técnicos.

DISCUSSÃO

Os serviços de apoio e intervenção devem reflectir uma compreensão ecológica e as necessidades individuais e familiares das pessoas a que se destinam. Os serviços de saúde mental não são excepção. Vários autores (e.g., Lynch & Hanson, 2004) têm defendido que as intervenções multiculturais mais eficazes são aquelas que são desenvolvidas a partir das características positivas ou adaptativas das populações minoritárias e que, muitas vezes, constituem as estratégias naturais de apoio da própria comunidade. As sugestões dos próprios participantes serão igualmente elementos úteis no desenvolvimento de serviços culturalmente competentes.

Construir uma base de informação participativa acerca de conceitos e estratégias de acção no acesso à saúde mental assume-se como parte constituinte da investigação necessária para o desenho de uma formação em competências interculturais. O envolvimento da perspectiva do paciente – no sentido da ideia de participação – até mesmo de crianças e jovens, constitui uma valiosa (e insubstituível) fonte de informação para o desenho de medidas com vista a melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde.

Não se pretende a expansão dos serviços de saúde mental, mas um melhor ajustamento dos mesmos às necessidades da população. A participação de jovens e famílias imigrantes, bem como de profissionais que trabalham diariamente com estas, seja na área da educação seja na área da saúde, deve ser perspectivada como uma mais-valia no desenvolvimento das políticas de saúde e, desta forma, melhorar a saúde mental das gerações futuras.

A necessidade e procura de serviços de apoio psicológico a indivíduos de grupos étnicos minoritários continuará a crescer em todo o mundo, e Portugal não será exceção. A responsabilidade ética e científica de desenvolver serviços e formar profissionais sensíveis à cultura é uma exigência de todos os profissionais de saúde, não é um assunto reservado apenas às próprias minorias. Defendemos, como outros autores (Hall, 2001), que a competência intercultural em psicoterapia e promoção de bem-estar psicológico é importante para todos os que vivem em sociedades multiculturais.

REFERÊNCIAS

- American Psychological Association (2000/2002). *DSM-IV-TR Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi.
- American Psychological Association (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58, 377-402.
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 335-356). London: Oxford University Press.
- Arredondo, P., Toporak, R., Brown, S. P., Jones, J., Locke, D. C., Sanchez, J., & Stadler, H. (1996). Operationalization of the multicultural counseling competencies. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24, 42-78.
- Bernal, G., & Scharón-del-Rio, M. R. (2001). Are empirically supported treatments valid for ethnic minorities? Toward an alternative approach for treatment research. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 7, 328-342.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 227-306). New York, NY: John Wiley Sons.
- Burns, B. J., Costello, E. J., Angold, A., Tweed, D., Stangl, D., Farmer, E. M., & Erkanli, A. (1995). Data Watch. Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs*, 14(3), 147-159.
- Casas, J. M., Vasquez, M. J. T., & Ruiz de Esparza, C. A. (2002). Counseling the Latina/o: A guiding framework for a diverse population. In P. B. Pederson, J. G. Draguns, W. J. Lonner, & J. E. Trimble (Eds.), *Counseling across cultures* (5th ed., pp. 133-160). Thousand Oaks, CA: Sage.
- European Commission (2004). *The State of Mental Health in the European Union*. European Communities: European Commission, Health & Consumer Protection.
- Flick, U. (1998). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In Uwe Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. München: Juventa Verlag.
- Garfield, S. L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 213-256). New York: Wiley.
- Gervais, M., & Jovchelovitch, S. (1998). *The health beliefs of the Chinese community in England: A qualitative research study*. London: Health Education Authority.
- Gurung, R. A. R. (2006). *Health psychology: A cultural approach*. Belmont, CA: Thompson Wadsworth.
- Hall, G. C. N. (2001). Psychotherapy research with ethnic minorities: Empirical, ethical and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 502-510.
- John, L. H., Offord, D. R., Boyle, M. H., & Racine, Y. A. (1995). Factors predicting use of mental health and social services by children 6-16 years old: Findings from the Ontario Health Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 76-86.
- Jones, P. B., Bebbington, P., Foerster, A., Lewis, S. W., Murray, R. N., Russek, A., Sham, P. C., Toone, B. K., & Wilkins, S. (1993). Premorbid social underachievement in schizophrenia: Results from the Camberwell collaborative psychosis study. *British Journal of Psychiatry*, 162, 65-71.

- Koltko, M. E. (1990). How religious beliefs affect psychotherapy: The example of Mormonism. *Psychotherapy*, 27(1), 132-141.
- Lago, C. O., & Thompson, J. (2002). Counselling and race. In S. Palmer (Ed.), *Multicultural counselling*. London: Sage Publications.
- Lynch, E. W., & Hanson, M. J. (2004). *Developing cross-cultural competence: A guide for working with children and their families*. Baltimore: Brookes.
- Moleiro, C., Silva, A., Rodrigues, R., & Borges, V. (2009). Health and mental health needs and experiences of minority clients in Portugal. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 5(1), 15-24.
- Moodley, R. (1999). Psychotherapy with ethnic minorities: A critical review. *International Journal of Psychology and Psychotherapy*, 17(2), 109-125.
- Neufeldt, S. A., Pinteris, E. J., Moleiro, C., Lee, T. E., Yang, P. H., Brodie, R. E., & Orliss, M. J. (2006). How do graduate student therapists incorporate diversity factors in case conceptualization? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training (Special issue: Culture, Race, and Ethnicity in Psychotherapy)*, 43(4), 464-479.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia comunitária*. Lisboa: Fim do Século.
- Palmer, S. (Ed.). (2002). *Multicultural counseling: A reader*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pedersen, P. B. (1991). Multiculturalism as a generic approach to psychotherapy. *Journal of Psychotherapy and Development*, 70, 6-12.
- Ponterotto, J. G., Casas, J. M., Suzuki, L. A., & Alexander, C. M. (Eds.). (1995). *Handbook of multicultural counselling*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Rogler, L. H., & Cortés, D. E. (1993). Help seeking pathways: A unifying concept in mental health care. *American Journal of Psychiatry*, 150(4), 554-561.
- Shatkin, J. P., & Belfer, M. L. (2004). The global absence of child and adolescent mental health policy. *Child & Adolescent Mental Health*, 9(3), 104-108.
- Steinhausen, H.-C., & Winkler-Metzke, C. (2002). Seelische Gesundheit und psychische Probleme im Jugendalter: Verbreitung und Bedingungsfaktoren. In: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.), *Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich* (pp. 51-60). Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, im Auftrag der Gesundheitsdirektion Zürich.
- Stephenson, J. (2000). Children with mental problems not getting the care they need. *JAMA*, 284(16), 2043-2044.
- Sue, S. (1977). Community mental health service to minority groups: Some optimism, some pessimism. *American Psychologist*, 32, 616-624.
- Sue, S. (1988). Psychotherapeutic services for ethnic minorities: Two decades of research findings. *American Psychologist*, 43(4), 301-308.
- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 53(4), 440-448.
- Sue, S. (2003). In defense of cultural competency in psychotherapy and treatment. *American Psychologist*, 58, 964-970.
- Sue, D. W., & Sue, D. (1999). *Counseling the culturally different: Theory and practice*. New York: Wiley.
- Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies: A call to the profession. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 20, 64-88.
- Twenge, J. M. (2000). The age of anxiety? The birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 1007-1021.
- Wittchen, H.-U. (2000). Epidemiological research in mental disorders: Lessons for the next decade of research – The NAPE Lecture 1999. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 2-10.
- Wong, E. C., Beutler, L. E., Zane, N. W. (2007). Using mediators and moderators to test assumptions underlying culturally sensitive therapies: An exploratory example. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(2), 169-177.
- Zane, N., Hall, G. N., Sue, S., Young, K., & Nunez, J. (2004). Research on psychotherapy with culturally diverse populations. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 767-804). New York, NY: Wiley & Sons.

RESUMO

O presente artigo reflete sobre o desenvolvimento de serviços e de profissionais de saúde mental sensíveis à cultura. A diversidade étnica da população nacional e internacional é uma realidade crescente, a qual exige uma resposta do ponto de vista dos serviços de saúde e promoção de bem-estar global dos indivíduos. A especificidade destas populações tem conduzido a uma subutilização dos serviços de apoio existentes, que

não se encontram ajustados ao nível da sua competência intercultural. Apresentamos um projecto de investigação-acção sobre acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde mental na infância desenvolvido na Suíça, bem como os principais objectivos de um projecto de investigação para o desenvolvimento de serviços sensíveis à cultura em Portugal. Discutimos a importância da investigação participada, que envolve e dá voz aos grupos étnicos minoritários e às suas experiências, necessidades e obstáculos no acesso e recurso à saúde psicológica. Finalmente, defendemos a importância de formação de profissionais, não como uma necessidade das minorias, mas de todos os indivíduos numa sociedade intercultural.

Palavras chave: Competência, Cultura, Interculturalidade, Saúde mental.

ABSTRACT

The present paper reflects on the development of culturally-sensitive mental health services and training

of mental health professionals. National and international ethnic diversity is a growing reality, which demands different resources from health services toward the promotion of individuals' global well-being. The specificities of these populations have led to an underutilization rate of counselling services, which are not adjusted in terms of their intercultural competence. We report an action-research project on access of child mental health care by immigrants, developed in Switzerland, as well as the primary goals of a research project toward the development of culturally-sensitive mental health services in Portugal. We discuss the importance of participative research, which involves and gives voice to ethnic minority groups and to their experiences, needs and perceived barriers in the access to support to their psychological well-being. Finally, we defend the importance of intercultural competence training of clinicians, not as a need of the minorities, but of all individuals in an intercultural society.

Key words: Competencies, Culture, Intercultural, Mental health.

